

Date de la référence :

Nom de la personne atteinte d'une maladie cognitive (probable ou diagnostiquée) :

(Prénom, nom)

Diagnostic et date de ce dernier (si connus) :

En cours

Veillez
préciser :

Date de naissance (mm/jj/aaaa) :

N° de tél. :

Pouvons-nous laisser un message? Oui Non

Choix de la langue de service Anglais Français

Adresse :

Courriel :

Autre

Nom du proche aidant :

(Prénom, nom)

Relation avec la
personne ci-dessus :

Date de naissance (mm/jj/aaaa) :

N° de tél. :

Pouvons-nous laisser un message? Oui Non

Choix de la langue de service Anglais Français

Adresse : Même que celle mentionnée ci-dessus : Autre, veuillez préciser :

Courriel :

Autre

Nom de la personne qui a fait la référence :

Adresse :

N° de tél. :

Courriel :

N° de télécopie :

Je recommande :	La personne atteinte d'une maladie cognitive	Le proche aidant	Les deux
Veillez contacter :	La personne atteinte d'une maladie cognitive	Le proche aidant	Les deux

**J'ai le consentement verbal
de la personne :** Oui Non

Veillez fournir seulement le numéro Carte d'Assurance-santé de l'Ontario de la personne que vous nous envoyez.

**Carte d'Assurance-santé de l'Ontario de la
personne atteinte d'une maladie cognitive :**

**Carte d'Assurance-santé de
l'Ontario du proche aidant :**

Raisons du service requis : Diagnostic récent Conditions de logement et soutien à la transition Soutien émotionnel
Changements de comportement Éducation/Information Préoccupations de sécurité Services communautaires disponibles
L'engagement aux activités sociales et physiques Autre(s)/Programme particulier. Veuillez préciser :

**Commentaires
supplémentaires :**

Risques connus? Oui Non Si oui, choisir toutes les réponses qui s'appliquent :

Dynamique familiale Maladies contagieuses Infestation/Insalubrité Animaux de compagnie Environnement physique
Hospitalisations récente Comportements agressifs Tabagisme Armes Autres

Merci d'envoyer toute documentation supplémentaire.